

健康保険 出産手当金請求書 (第 回)

1 2

被保険者（申請者）記入用

請求者が記入するところ

①被保険者の記号・番号		② 事業所名		③被保険者の業務の種類																					
(記号)		(番号)																							
被保険者の (請求者の) 氏名 住所		④氏名	(フリガナ)		生年月日																				
		⑤住所			年 月 日																				
⑥ 出産予定日 及び出産日		年 月 日 出産予定 年 月 日 出産日																							
⑦ 請求期間 (分べんのため 休んだ期間)		年 月 日から 日間 年 月 日まで																							
		ただし()日は出勤のため除く																							
⑧ ⑦の期間中に給料を 受けましたか		ア. 全部受けた イ. 一部受けた ウ. 全部受けられる エ. 一部受けられる オ. 受けられない		年 月 日から 年 月 日まで 円																					
希望するところに ○をつけて下さい		A 銀行振込 B 健保組合の窓口支払い C 代理人に委任																							
A・Cに○をつけた方 は記入して下さい		フリガナ () () 銀行 店番 信用金庫 支店																							
* 被保険者又は 請求者の口座 に限ります。		口座番号 (普・当) _____		フリガナ () 名義人氏名 _____																					
Cに○をつけた方 は記入して下さい		この給付金の受領を 住所 _____ 氏名 _____ に委任します。 被保険者（請求者）氏名 _____																							
備考		被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は右記へ記入ください。		被保険者のマイナンバー																					
				<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																					
社会保険労務士の 提出代行者名記載欄				受付年月日																					

被保険者氏名																																		
労務に服さなかった期間										報酬支給形態															報酬の締切日・支払日									
令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで										ア. 月給制					イ. 日給月給制					ウ. 日給制														
										エ. 時間給制					オ. その他 ()					日締め					日払い									
事業主が証明するところ	出勤状況 出勤は「○」 欠勤は「×」 有給は「有」 早退は「早」 休日は「休」	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
		月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
		月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
		月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
		月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
	欠勤しなかった場合の1ヶ月の報酬支払額	年 月分		年 月分		年 月分		欠勤した場合の報酬の支給方法（控除計算方法）																										
	基本給	円	月 日から 月 日まで	円	月 日から 月 日まで	円	月 日から 月 日まで	円	基本給は ア. 控除しない ・ イ. 控除する 欠勤1日につき																									
	通勤手当	円	円	円	円	円	円	円	諸手当は ア. 控除しない ・ イ. 控除する 欠勤1日につき																									
	住宅手当	円	円	円	円	円	円	円	交通費は ア. 控除しない ・ イ. 控除する 定期券（現物）支給 ・ 現金支給 支給対象期間 月 日 ~ 月 日分 円支給																									
	扶養手当	円	円	円	円	円	円	円	その他 ()																									
	手当	円	円	円	円	円	円	円																										
	手当	円	円	円	円	円	円	円																										
	合計	円	円	円	円	円	円	円																										
うえのとおり相違ないことを証明します。																				担当者名					年 月 日									
事業所所在地																																		
事業所名称																																		
事業主氏名																									電話番号									

医師または助産婦が証明するところ

出産者氏名

出産予定年月日 年 月 日 出産年月日 年 月 日

出生時の数 単胎・多胎 (児) 出生・死産の別 生産・死産 (妊娠第 週又は第 ヶ月)

上記の通り相違ないことを証明する。

年 月 日

医療施設の名称・所在地

医師・助産婦名

※領収書

¥ 左の金額を領収しました。

年 月 日

氏名

◎記入するときは、「記載例」等をご覧ください。

※欄は記入しないで下さい。